

UNIVERSITE DE CLERMONT

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1966

THÈSE

N° 31

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Maiténa BEGON - SAUVEPLANE

née le 17 Juin 1938 à St. Vincent de Tyrosse - Landes

Présentée et soutenue publiquement le 28 Juin 1966

POSSIBILITES EVOLUTIVES LOINTAINES DES EPANCHEMENTS

COLLECTES DANS LA LOGE SPLENIQUE

A propos de trois cas observés
respectivement 30 mois, 25 mois
et 5 mois après le traumatisme initial

Président : M. GERMAIN , Professeur

M. LATAIX , Professeur

Membres du Jury : M. MERCIER, Professeur Agrégé

M. PIGNIDE, Maître de Conférences Agrégé

UNIVERSITE DE CLERMONT

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1966

T H È S E

N°

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Maiténa BEGON - SAUVEPLANE

née le 17 Juin 1938 à St. Vincent de Tyrosse - Landes

Présentée et soutenue publiquement le 28 Juin 1966

POSSIBILITES EVOLUTIVES LOINTAINES DES EPANCHEMENTS

COLLECTES DANS LA LOGE SPLENIQUE

A propos de trois cas observés
respectivement 30 mois, 25 mois
et 5 mois après le traumatisme initial

Président : M. GERMAIN , Professeur

M. LATAIX , Professeur

Membres du Jury : M. MERCIER, Professeur Agrégé

M. PIGNIDE, Maître de Conférences Agrégé



Doyen : G. MEYNIEL - Directeur Honoraire : M. MERLE
(M^{me} BLANQUET,
(MM. BUREAU,
Assesseur : M. COULET - Professeurs Honoraires(FOURNIER,
(GAUTHIER,
(POMMÉ.

I - Professeurs Titulaires

MM. BARRIER	- Clinique chirurgicale A
BASTIDE	- Chimie biologique et pharmacodynamie
BAUDON	- Clinique obstétricale
BERGERON	- Pathologie médicale
COULET	- Botanique et microbiologie
CUVELIER	- Hydrologie et climatologie
DASTUGUE	- Biochimie médicale
DAUPHIN	- Chimie pharmaceutique et toxicologie
FEBVRE	- Pharmacie galénique
GRAS	- Thérapeutique
JACQUEMET	- Technique chirurgicale
LATAIX	- Pathologie chirurgicale
MEYNIEL	- Biophysique médicale
MOLINA	- Clinique pneumo-phtisiologique
PETIT	- Médecine légale et Médecine sociale
POROT	- Clinique neurologique et psychiatrique
POURRAT	- Matière médicale
ROUHER	- Clinique ophtalmologique
TERRASSE	- Clinique médicale B
THIEBLot	- Physiologie
TRONCHE	- Pharmacie chimique
TURCHINI	- Histologie et embryologie
VAURS	- Bactériologie et hygiène
WILLEMIN-CLOG	- Clinique médicale infantile

II - Professeurs à titre personnel

MM. THOMAS	- Oto-rhino-laryngologie
VIALLET	- Electro-radiologie

III - Professeurs sans chaire

MM. BERGER	- Chimie analytique
DUCHENE-MARULLAZ	- Physiologie
GERMAIN	- Clinique chirurgicale B

IV - Maîtres de Conférences Agrégés

MM. ALFIERI	- Physique médicale
BOSSY	- Anatomie
Mlle CHATONIER	- Chimie minérale et minéralogie

III - Maîtres de Conférences agrégés (suite).

MM. CLUZEL	- Bactériologie
MM. DELAGE	- Anatomie pathologique
Mmes GAILLARD	- Physique pharmaceutique
MOINADE	- Médecine générale et thérapeutique
MM. PIGNIDE	- Médecine générale
Mme POURRAT	- Botanique
M VENRIES DE LAGUILLAUMIE	- Anatomie pathologique

IV - Agrégés

MM. CHAMPEIX	- Médecine légale et Médecine du travail.
FOURRIER	- Orthopédie
HOUDARD	- Chirurgie générale
JALLUT	- Médecine générale
JANNY	- Neuro-chirurgie
MENUT	- Pédiatrie et puériculture
MERCIER	- Chirurgie générale
Mlle RAMPON	- Médecine générale
MM. RENARD	- Pneumo-phthisiologie
TOURNILHAC	- Neurologie et psychiatrie

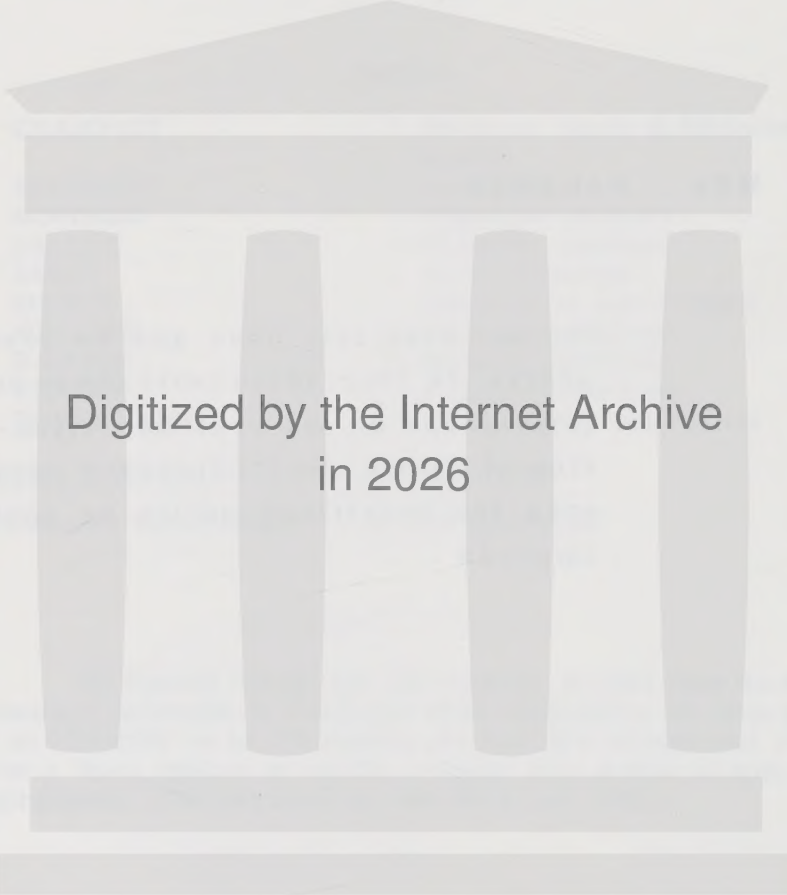
Secrétaire Principal : M. BERTHON

Bibliothécaire Universitaire : M. ARCHIMBAUD

La Faculté décide que les opinions émises dans les travaux et mémoires présentés à l'occasion d'une soutenance de thèse de Doctorat en Médecine ou en Pharmacie, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner, ni approbation ni improbation. (Délibération en date du 6 juin 1956).

A MES PARENTS

Ils ont tout fait pour que ce jour arrive. Je leur dédie cette thèse en témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés .



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MARI

A MES FILLES

A MA FAMILLE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur GERMAIN

Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1939 - 45
Officier des Palmes Académiques.

Avec beaucoup de bienveillance il
nous a fait l'honneur d'accepter la pré-
sidence de cette thèse.

Qu'il nous soit permis de le re-
mercier et de lui exprimer notre pro-
fond respect.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur LATAIX

Professeur de Pathologie Chirurgicale
Associé National de l'Académie de Chirurgie
Chevalier des Palmes Académiques.

Monsieur le Professeur Agrégé MERCIER

Agrégé de Chirurgie Générale
Chirurgien - Assistant des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur Agrégé PIGNIDE

Maître de Conférences Agrégé (Médecine
Générale et Thérapeutique)
Médecin des Hôpitaux
Chevalier des Palmes Académiques.

Ils nous ont fait l'honneur d'être
les juges de ce modeste travail.

En témoignage de notre gratitude
et de notre profond respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VANNEUVILLE

Nous avons trouvé auprès de lui l'aide et les conseils dont nous avons besoin.

Avec nos remerciements pour sa précieuse collaboration.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE CLERMONT - FERRAND.

Que cette étude leur soit un
témoignage de nos sentiments res-
pectueux et un remerciement pour
l'enseignement qu'ils nous ont don-
né .

Monsieur le Docteur FORTESA

Chirurgien - Chef de Service de
l'Hôpital de Montreuil sous Bois.

Il a guidé l'élaboration de ce travail.

Qu'il nous soit permis de le remercier de l'accueil qu'il nous a réservé, nous consacrant de longues heures au cours desquelles nous avons eu le privilège de bénéficier de son enseignement, de ses conseils et de son expérience.

Monsieur le Docteur FANJOUX

Médecin Chef de Service au
Centre Hospitalier de Nevers.

Inspirateur de cette thèse, il n'a pas été seulement pour nous un Chef de Service mais un Maître dont nous apprécions l'enseignement.

Que cette étude soit un témoignage de nos remerciements et de nos sentiments respectueux.

A Monsieur le Docteur SOULIER

Chirurgien Chef de Service
au Centre Hospitalier de Nevers.

C'est avec beaucoup de bienveillance qu'il nous a fait bénéficier de ses observations personnelles et de son savoir.

Nous l'assurons de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur TOULOUSE

Médecin Chef de Service
au Centre Hospitalier de Nevers.

A Monsieur le Docteur BOUVATIER

Médecin Chef de Service
au Centre Hospitalier de Nevers.

Qu'ils soient sincèrement remerciés pour la formation médicale que nous avons reçue dans leurs services.

A MESSIEURS LES MEDECINS ET CHIRURGIENS
DU CENTRE HOSPITALIER DE NEVERS

INTRODUCTION

Les hémorragies retardées, après traumatisme de la rate, sont actuellement bien connues et de nombreuses publications leur ont été consacrées. Elles se produisent en règle générale deux à quinze jours après la contusion splénique. La survenue d'accidents très tardifs plusieurs mois, voire plusieurs années plus tard, est admise à peu près unanimement, mais à titre exceptionnel. Dans les travaux récents, cette possibilité est simplement mentionnée et en présence d'observations isolées il est difficile d'apprécier l'évolution de ces lésions post-traumatiques lointaines.

Par un concours exceptionnel de circonstances, nous avons eu la chance en l'espace d'une année d'en observer trois exemples :

- l'un a entraîné, trente mois après, une hémorragie cataclysmique ;
- l'autre a constitué une énorme poche hématique aux parois très épaisses vingt-cinq mois après ;
- le troisième s'est manifesté comme une tumeur splénique volumineuse, cinq mois après.

Les deux premiers ont fait des complications graves ayant mis la vie des malades en danger (par l'importance de l'hémorragie dans le premier, par la persistance d'une grande quantité résiduelle dans le deuxième). Pendant la longue phase de latence (trente et vingt-cinq mois), la symptomatologie n'a pas été totalement silencieuse : elle a revêtu un aspect trompeur essentiellement à type digestif, et si le diagnostic avait pu être fait plus tôt, bien des déboires auraient été évités aux malades

— — — — —

REVUE DE LA LITTÉRATURE
CONCERNANT LA PLACE DES
ACCIDENTS TARDIFS DANS LES
TRAUMA SPLENIQUES

I - RUPTURE EN DEUX TEMPS.

I - STATISTIQUES SUR LA DUREE DE L'ACCALMIE.

Il y a entre le moment du traumatisme et l'apparition des accidents, un intervalle libre, une période de latence, pendant laquelle il n'existe aucun symptôme ou tout au moins aucun symptôme inquiétant, jusqu'au moment où les accidents éclatent.

" Quelle peut être la durée de cette accalmie traîtresse ?"
- " en moyenne de deux à quinze jours ". QUENU.

D'après BERGER :

- l'hémorragie tue dans 52 % des cas en une heure ;
- dans 34 % des cas, entre la première heure et la 24 ième;
- dans 14 % des cas, entre la 24 ième heure et le 6 ième jour .

- Les chiffres de HALL sont identiques.

- Pour KALLIUS (Allemagne), 60 % des hématomes sous - capsulaires se rompent une semaine après l'accident, 20 % dans la deuxième semaine.

- DONHAUSER et LOCKE : 28 % des cas de ruptures spléniques sont des ruptures tardives.

- Patel : " Il y a aussi, classique et d'observation pas très rare, 15 à 20 % des cas, des formes prolongées en deux temps où l'hémorragie ne semble faire irruption que tardivement dans le péritoine ".

- " Et pour tous un temps de latence supérieure à trente jours est une éventualité rare ". TARENTINI.

DELAIS LES PLUS LONGS QUI ONT ETE PUBLIES :

- 18 jours dans un cas de JOYEUX
- 30 jours dans un cas de PATEY
- 31 jours dans un cas de GROSS
- 35 jours dans un cas de CADENAT
- deux mois pour un cas cité par JOHNSON
- deux mois et demi pour un cas de LAFFERRE
- deux mois pour une observation de STAMM (TARENTINI)
- six mois pour une observation d'ENGELMAN et HITZLER
- huit mois pour une observation de MORESTINI
- neuf mois pour un cas de DONHAUSER
- douze mois pour un cas de RICCIANDI (TARENTINI)
- quatorze mois pour un cas de CASILE et le même délai pour un cas de HOHENWALLNER (Salzbourg)
- dix huit mois pour une observation de ZNGLAND (TARENTINI).
- un délai de deux ans pour une observation de MULLER rapportée par KUHNE et le même délai pour l'observation de ZABINSKY et HARKINS.
- YVERGNEAUX rapporte une observation où le diagnostic fut porté trois ans plus tard après le traumatisme.
- La durée d'évolution de 25 et 30 mois de nos deux premières observations, constitue une éventualité bien rarement observée et les classe en bon rang parmi ces accidents très tardifs de contusion splénique.

II - SYMPTOMATOLOGIE .

Le problème posé par les ruptures de la rate reste toujours d'actualité, étant donné la fréquence croissante des traumatismes graves au cours des accidents de la circulation. La vitesse des véhicules a comme rançon des tableaux de poly-traumatisés majeurs où la gravité des symptômes entraîne une difficulté plus importante à faire le bilan complet des lésions et favorise donc ces tableaux tardifs.

CHALNAT a démontré que sur trente deux cas de rupture de la rate, dix-sept fois un accident de la circulation pouvait être incriminé.

1) La forme clinique type ou la forme suraiguë

devant laquelle le chirurgien, en présence d'un contusionné de l'abdomen, sera amené à poser le diagnostic de rupture de rate, ne sera ici qu'évoquée, notre étude concernant les accidents tardifs.

a) Au cours d'un traumatisme violent récent.

Classiquement la symptomatologie comporte la douleur épigastrique et de l'hypocondre gauche, s'irradiant vers l'épaule (signe de KEHR) ou vers l'omoplate du même côté.

Ces malades arrivent à l'hôpital en état de choc très marqué et qui va progressivement croissant : la pâleur extrême, le refroidissement des extrémités, la polypnée superficielle font évoquer l'hémorragie interne confirmée par le pouls filant, petit, la tachycardie, la T.A. pincée et effondrée. Tout en entreprenant une réanimation intense, on peut poursuivre l'examen : à la percussion on constate une zone de matité dans l'hypocondre gauche ou une matité des flancs.

La palpation et la percussion du gril costal réveillent la douleur dans l'étage abdominal supérieur.

La défense musculaire est inconstante ou tardive . Pour CADURAT " chez un contusionné de l'abdomen la contracture est un signe de lésion viscérale et une indication formelle de laparotomie mais la réciproque n'est pas vraie. L'absence de contracture n'est pas une raison de s'abstenir , un épanchement sanguin abdominal en règle générale ne détermine pas de contracture et pourtant l'indication est aussi formelle ".

La persistance ou l'aggravation de la chute tensionnelle, malgré une transfusion de sang et une réanimation intense et rapide, traduisent l'hémorragie interne et imposent la laparotomie urgente.

b) Au décours d'un trauma minime ou d'un choc par contre-coup .

A côté de ces formes franches au décours d'un traumatisme violent de l'hypocondre gauche, il existe des formes de rupture splénique déjà moins typiques car le traumatisme, loin d'avoir été violent, a été minime mais sur une rate pathologique.

PATEL note que les ruptures de rates pathologiques " Sont le fait - la lésion antérieure ayant accru le volume, la friabilité, restreint la mobilité de l'organe - d'un traumatisme insignifiant : au cours d'un accouchement quelque peu difficile , de la descente d'un escalier, de vomissements incoercibles, d'une quantité importante de frissons violents et répétés, de vifs efforts de défécation, de quintes de toux, de saut d'un fossé, etc... ".

Dans d'autres circonstances, l'attention n'est pas attirée vers une rupture possible de rate car le mécanisme a été un choc par contre-coup sans traumatisme local, les adhérences spléno-diaphragmatiques favorisant la possibilité de tels accidents . " Des décélérations brusques provoquent des projections internes des viscères avec possibilité de rupture sans impact voisin obligatoire. Si un homme de 70 Kgs. lancé à la vitesse de 60 Km/H. s'arrête en un dixième de seconde contre un obstacle, sa rate de 160 grs. pèsera 2, 530 Kg. ; à 100 Km/H. elle pèserait 4, 300 Kg. " (TERNON).

Chez l'enfant, il faut noter la fréquence des ruptures de la rate après un traumatisme minime, ceci peut être en rapport avec une friabilité particulière ou avec une mobilité plus marquée.

c) Au cours de l'évolution des polytraumatisés .

Pour GROSS c'est le cas dans 13 % des cas. Il y aura : association avec des fractures de côtes ; ruptures combinées de la rate et du poumon gauche ; des déchirures du pancréas, ou le plus fréquemment du rein gauche. L'association assombrit considérablement le pronostic vital, d'autant que le diagnostic devient plus difficile.

La rupture de rate peut même passer inaperçue, lors de polytraumatismes majeurs associant lésions crâniennes, rachidiennes, thoraciques ou des membres, n'expliquant que trop l'état de collapsus et faisant hésiter à pratiquer une laparotomie pour des lésions incertaines.

Les trauma minimes non identifiés sur des rates fragilisées, les chocs par contre-coups, les polytraumatismes, sont des circonstances particulières de ruptures spléniques peu typiques et de diagnostic difficile. Mais, parmi les circonstances particulières de rupture camouflée de la rate, la rupture tardive, ou en deux temps, tient une grande place.

2 - SYMPTOMATOLOGIE DE LA RUPTURE TARDIVE OU EN DEUX TEMPS.

" Dans ces cas le saignement primitif, au moment de l'accident est nul ou peu important ; mais, au bout d'un temps variable de quelques heures à plusieurs jours, après une période de latence

complète dans les cas typiques, l'hémorragie se produit avec une brusquerie et une abondance surprenante ". QUENU .

a) Pour tous les auteurs trois phases se succèdent plus ou moins rapidement.

- une phase dominée par un état de choc plus ou moins marqué lors de l'accident ; le traumatisme semble avoir été sans lendemain.
- deuxième phase : l'intervalle libre dont nous venons de voir quelle peut être la durée (de quelques heures à trois ans) et dont nous allons immédiatement étudier la symptomatologie.
- troisième phase : la survenue apparemment brutale avec ou sans prodromes, à la suite d'un effort ou d'un traumatisme minime, ou sans cause apparente, de signes d'hémorragie interne grave, associés aux signes énumérés plus haut qui orienteront le chirurgien vers le diagnostic de rupture de rate.

b) Symptomatologie de l'intervalle libre .

"Mais ce qui importe surtout c'est de savoir s'il est possible durant le temps plus ou moins long de l'intervalle libre, d'être alerté par quelques signes et de diagnostiquer à coup sûr une contusion grave de la rate avant le drame de l'inondation hémorragique." PATEL.

A - Signes classiques.

Il semble bien que pendant l'accalmie, pendant la période de latence, on puisse mettre en évidence des symptômes locaux et généraux dus à l'attrition du viscère.

Durant les jours qui suivent l'accident, on s'attachera à rechercher attentivement chez un contus de l'abdomen :

1° - La notion de traumatisme localisé de l'hypocondre gauche, sans tenir compte de son intensité.

2° - L'état de choc initial.

3° - L'hyperesthésie de la région, sous forme de douleur ressentie ou provoquée avec ou sans irradiation dans l'épaule et le flanc gauche.

4° - L'existence d'un point phrénique gauche.

5° - L'installation d'une matité progressive avec existence ou non d'une défense localisée.

6° - L'élévation même légère de la température.

7° - L'accélération progressive du pouls.

8° - Dans certains cas, les renseignements donnés par le toucher rectal - à dire vrai inconstants et aléatoires dans les formes d'hématome encapsulé -.

L'ensemble de ces signes, ou l'association de quelques uns d'entre eux : la triade de QUENU, par exemple :

- défense
- sensibilité de l'hypocondre gauche
- température autour de 38° avec état général conservé,

font penser à la prérapture de la rate, à l'imminence d'un grand saignement et à la nécessité d'opérer sans attendre.

B - Etats insidieux.

Nombreuses sont les observations où

- l'intervalle libre a été véritablement muet

nous ne voulons citer que celles publiées :

= par CORTESI où durant les 20 jours de l'intervalle libre, aucune symptomatologie n'a été notée.

= par VERGOZ qui intervenant pour une cure de hernie inguino-scrotale une vingtaine de jours après un traumatisme de l'hypocondre gauche, trouve une hémopéritoine abondant et une rate rompue que rien ne laissait prévoir.

Ces états insidieux d'épanchement sanguin intra-

péritonéal sans la moindre réaction péritonéale, sans la moindre manifestation clinique, ont du reste été fréquemment décrits; QUENU les compare aux hémorragies distillantes de la grossesse tubaire qui, sans donner d'inondation péritonéale brutale, s'enkystent imparfaitement, continuent à saigner, et, finissent un jour par nécessiter l'intervention d'urgence.

- Parfois des indices bien vagues.

A la suite d'un traumatisme apparaît une discrète douleur abdominale, incident qui n'attire pas l'attention du malade ou du médecin, et qui paraît sans lendemain.

- Cependant si ce silence complet est l'exception, il existe fréquemment des formes frustes où :

" On retrouve estompés tous les signes déjà énoncés : endolorissement de l'abdomen, principalement de l'hypocondre gauche, douleur passagère sous costale à ce niveau " PATEL.

" Le saignement sans signe d'alarme, mais non sans petits signes, a pu inonder toute la cavité péritonéale ". MONDOR.

" Dans certains cas, le tableau clinique caractérisé par un certain nombre de petits ictus successifs, plus ou moins rapprochés, séparés par des périodes d'amélioration mais non de latence complète ". QUENU.

- 3 - C. STAJANOS décrit un véritable Angor Viscéral

dans un article intitulé " Idées directrices physiologiques dans l'interprétation clinico-diagnostique des traumatismes de la rate ". Il décrit des douleurs violentes très intenses, syncopales, à type d'angor pouvant se répéter. Chacune d'entre elles étant séparées de la précédente par un intervalle muet. Nous verrons un peu plus loin comment cet auteur les a interprétées d'après la physiopathologie.

- 4 - Tableaux cliniques trompeurs : ils sont très fréquents .

- E et J.F. YVERGNEAUX rapportent deux observations dans un article intitulé : " Séquelles tardives des ruptures méconnues,

= dans la première, le diagnostic avait été celui de colite spasmodique.

= dans la seconde, le diagnostic avait été celui d'affection gastrique.

- DAUDRIN, ESTRADE et BAJET rapportent un cas de rupture de rate où le patient a été opéré avec le diagnostic d'appendicite aiguë ; la symptomatologie étant : léger ballonnement abdominal, douleur dans la fosse iliaque droite, uniquement.

- Encore cette observation de FOURNIER et FOSTER où devant un syndrome d'hémorragie interne, les auteurs ont porté le diagnostic de rupture tubaire. Il s'agissait en réalité d'un hématome intrasplénique secondairement rompu.

- De nombreuses observations de ruptures méconnues décrivent des troubles respiratoires, des troubles dyspeptiques et colitiques.

= CASILE rapporte le cas d'un homme qui " signale un certain degré d'essoufflement et de gêne respiratoire avec point de côté de l'hypocondre gauche apparu après qu'il eut été roué de coups, il y a plus d'un an, et qui vont en augmentant depuis cette époque ".

= J. FERRAND rapportant un cas de rupture spontanée d'une rate " apparemment " normale, remarque que l'allure générale de la maladie a été si peu chirurgicale, qu'il s'est écoulé 18 jours entre le début clinique et l'hospitalisation et 33 jours entre l'admission à l'hôpital et l'acte opératoire. Le tableau clinique avait débuté par un malaise qualifié " d'embarras gastrique ".

c) Valeur et interprétation de la radio, de l'angiographie, de la scintigraphie et du laboratoire.

DIAGNOSTIC ET SIGNES RADIOLOGIQUES

L'absence de signes radiologiques positifs n'exclut pas une rupture splénique, sauf peut-être la découverte d'une ombre splénique petite et bien dessinée.

KITTREDGE et FINBY dans quinze cas de rupture traumatique de la rate constatent :

- une fois l'élargissement de l'ombre splénique

- huit fois des images non spécifiques ; aérocolie, aérogastrie, distension d'anses grêles, fractures costales en regard de la rate.
- six fois rien de particulier ;

La qualité des documents radiologiques est primordiale.

Sur cinq cents examens de routine, WYMAN en trouve 55% de techniquement insuffisants.

D'autre part pour cet auteur, la valeur et la fréquence des signes sont différemment interprétées : l'abaissement du pôle inférieur et l'élargissement de l'ombre splénique, signes présents dans 73 % des cas, sont parmi les plus fidèles.

a) Signes locaux

- 1) Signes directs

visibles sur les radiographies très soigneusement contrastées.

- agrandissement du contour splénique en cas d'hémorragie sous capsulaire.
- en cas d'hématome périsplénique, la découverte d'une ombre plus étendue que l'opacité splénique normale, d'intensité parfois accrue et à limites floues et imprécises.

- 2) Signes indirects

sont corollaires des déplacements centrifuges à partir de la loge splénique ou des déformations des organes voisins.

- l'effacement des contours du rein gauche, la disparition du bord du psoas.
- déplacement de l'estomac vers le centre avec abaissement de la grande tubérosité. Après la prise des clichés en position debout, on en exécutera en décubitus dorsal et avec insufflation gastrique afin de vérifier si dans cette position l'éloignement de la grosse tubérosité de la coupole diaphragmatique persiste.
- empreinte localisée de la grande courbure de l'estomac.
- dilatation gastrique, signe fréquent, réflexe, mais ne préjugant en rien de la nature de la lésion.

- refoulement de l'angle splénique du côlon en bas et en dedans, beaucoup mieux visible en s'aidant d'insufflation colique.
- surélévation, parfois déformation, de la coupole diaphragmatique gauche.
- limitation de la course diaphragmatique avec immobilité ou hypomobilité de la coupole diaphragmatique gauche en scolie.
- image de niveau pleural (LEDOUX, LEBARD) environ vingt-quatre heures après le traumatisme, même en l'absence de fractures costales. L'exsudat pulmonaire sera contrôlé en décubitus latéral.

b) Signes à distance

- 1°) L'examen sans préparation peut révéler des anses intestinales dilatées sans niveau liquide. On cherchera sur les clichés en position verticale l'opacité pelvienne sous forme d'ombre en bande qui peut se prolonger vers les fosses iliaques sous l'aspect d'un croissant à concavité supérieure.

Sur les clichés en décubitus dorsal et latéral avec rayon horizontal, l'opacité des flancs se représente comme une bande sombre qui sépare l'image du côlon de l'image claire de la graisse sous péritonéale. Sur les clichés en décubitus dorsal encore, et surtout en cas de distension gazeuse de l'intestin, on remarquera l'opacité entre les anses intestinales. Celle-ci se dessine comme un épaississement de la paroi des anses.

- 2°) L'examen après pneumopéritoine est le plus instructif. Il montre des niveaux liquides intra-péritonéaux. En cas d'hémorragie abondante; l'incidence la meilleure est le décubitus latéral gauche. Dans les petits épanchements on recherchera les niveaux liquides, soit dans la région inter-hépatophrénique ou dans la zone inter-phréno-gastrosplénique sur les clichés pris en station verticale, soit, en décubitus latéral, dans le flanc supérieur, entre la paroi et les anses intestinales légèrement refoulées vers le bas. Mais cet examen n'est pas dépourvu de risques pouvant précipiter la rupture.

c) Angiographie sélective

Il a été très récemment rapporté deux exemples

d'angiographie sélective de l'artère splénique (par FONTAINE et KIENY) pour permettre un diagnostic facile dans les opacités de l'hypocondre gauche.

Néanmoins, le peu d'observations - (quatre au total rapportées) - ne permet pas de préciser les dangers de cette exploration en regard de ses avantages indéniables pour le diagnostic précis en voyant directement les lésions.

d) Scintigraphie de la rate

Les auteurs américains et allemands ont préconisé, récemment, la scintigraphie dans l'exploration de la rate.

En voici le principe : en ajoutant des hématies marquées au ^{51}Cr , et, altérées par un procédé sérologique, (les erythrocytes altérées par des moyens physiques ou chimiques sont captés dans la rate de la même manière mais beaucoup plus rapidement que les sphérocytes normaux). On peut obtenir une haute concentration de ^{51}Cr dans la rate et réaliser de manière satisfaisante une image du parenchyme de cet organe par scintigraphie.

La scintigraphie de la rate est la méthode de choix pour étudier la topographie, la forme et les dimensions de la rate, ainsi que les lésions pathologiques de son parenchyme : nécrose, infarctus, rupture, kyste. Etant donné qu'elle ne présente aucun risque pour le malade et qu'elle est très fidèle dans ses résultats, elle entre dans le répertoire diagnostique de la clinique avec les indications suivantes :

- mise en évidence des splénomégalias non décelables par les moyens cliniques et radiologiques,
- appréciation quantitative des dimensions de la rate,
- identification des tumeurs dans l'hypocondre gauche,
- recherche des rates accessoires après la splénectomie,
- mise en évidence des rates accessoires après la splénectomie,
- mise en évidence des lésions spléniques par exemple :

- infarctus,
- nécrose,
- kyste,
- rupture de la rate.

Cette seule méthode peut apporter la preuve de la perte de tissus parenchymateux lorsqu'il y a suspicion clinique ou radiologique de rupture de rate et il est probable que sa pratique se généralisera.

DIAGNOSTIC ET LABORATOIRE.

Il est intéressant de savoir si au cours de l'intervalle libre les examens de laboratoire peuvent orienter le diagnostic.

= On observe une anémie plus ou moins marquée (hypochrome) et une leucocytose avec polynucléose persistante. Si ces signes ne sont pas pathognomoniques, ils peuvent cependant renforcer les soupçons déjà éveillés par les signes précédemment décrits.

= Cependant, si ces signes se retrouvent fréquemment au cours des hémorragies en deux temps à délais brefs (on se place alors dans les conditions des anémies aiguës post-hémorragiques au bout de quelques heures après l'hémorragie) on ne les retrouve pas au cours d'intervalles libres particulièrement longs. Mais le petit nombre d'observations ne permet pas de conclure.

III - ANATOMO PATHOLOGIE.

Classification des lésions possibles de la rate après un traumatisme :

1) La plus minime correspond à la formation progressive, tout de suite après le traumatisme, d'un hématome sous capsulaire.

2) Le stade suivant, le plus commun dans les cas opérés, est la capsule déchiquetée, le parenchyme splénique déchiré, rompu, fissuré. Le maximum des dégâts étant l'éclatement, le broiement, l'écrasement de la rate sur une large étendue ou l'arrachement de son pédicule. Autant de lésions qui exposent à l'hémorragie interne grave :

- l'hémorragie inonde d'emblée le péritoine (c'est le cas courant),
- l'épanchement peut se collecter dans la loge splénique donnant un hématome péricapsulaire s'il y a en bas et en avant formation d'une solide barrière colique et surtout épiploïque.

Que trouve-t-on à la base des saignements retardés ?

- Plusieurs éventualités sont possibles.

- 1) L'hématome intra-splénique secondairement rompu. L'examen des pièces anatomiques montre au microscope des hémorragies d'âges différents correspondant à l'intervalle libre.
- 2) L'hématome péricapsulaire, dont le cloisonnement cède à l'occasion de la réplétion gastrique, d'une contraction musculaire, etc...
- 3) La figure splénique simple, obturée par un caillot ou une frange épiploïque.
- 4) Les fissures profondes, éclatement de la rate ou rupture pédiculaire, peuvent donner lieu à des saignements retardés sans que macroscopiquement l'on ne trouve aucun agent d'hémostase.

Evidemment ces deux dernières causes ne peuvent donner lieu qu'à des saignements retardés, mais, non pas à des accidents tardifs avec un espace libre important. Par contre, nous aimerions, à propos des saignements très tardifs, citer comme YVERGNAUX le rôle important de la splénose ou polysplénie post-traumatique d'ALBRECHT. " Des fragments de rate de la dimension d'une tête d'épingle jusqu'à trois centimètres, sont implantés dans l'abdomen et éparpillés surtout sur le grand épiploon et l'iléon ".

Cette polysplénie est certes d'identification difficile et peut faire discuter un hémangiome diffus splénique, ou des rates ectopiques. Néanmoins selon YVERGNAUX, nous verrons le rôle important que cette polysplénie joue par ses adhérences notamment sur l'évolution des hématomes sous capsulaires, ou péricapsulaires, qui ont pu se produire à l'occasion du même traumatisme.

IV - ANATOMO CLINIQUE .

P. SUIRE, H. LAFFITE, GORDJI, publiaient en 1955 à l'académie de Chirurgie des réflexions anatomo-cliniques au sujet des ruptures secondaires de la rate sur une série de cinq observations. Pour eux deux mécanismes possibles s'opposent par leur symptomatologie.

1 / Celui de l'hématome sous capsulaire, dont la formation est tantôt annoncée par des signes cliniques, tantôt silencieuse, puis, une sédation complète précédant la rupture. Ceci répondrait à la véritable rupture secondaire.

2 / Le mécanisme de l'hématome péricapsulaire qui est celui de l'hémorragie intrapéritonéale primitive se constituant par à-coups, sans accalmie franche, mais, avec un fond d'occlusion-réflexe subfébrile.

SOUPAULT et DELANNOY admettent que l'absence d'intervalle libre répondrait lors des ruptures secondaires, au mécanisme de l'hématome péricapsulaire.

Carlos STAJANO pense que la rupture sous capsulaire où l'hématome reste bloqué par la capsule et la séreuse péritonéale non rompue, produit une violente réaction choquante, un véritable " angor viscéral " persistant continuant tant que la tension de l'hématome augmente et se terminant seulement quand l'hémorragie s'arrête et que l'hématome se stabilise. Si la capsule se rompt, l'angor viscéral disparaît en raison de la diminution de la tension. La douleur généralisée de la crise viscérale, douleur du Douglas comprise, est synchrone de chaque poussée de distension et disparaît définitivement quand la rupture s'est produite.

Nous pouvons donc expliquer par cette théorie l'existence d'hématomes sous capsulaires sans intervalle libre franc.

Mais, nous pensons qu'il faut rappeler ce que disait Monsieur le Professeur J. QUENU : " Il faut chasser de notre esprit la notion fausse que l'existence d'un intervalle libre correspond à une disposition anatomique particulière toujours la même ".

L'intervalle libre ne serait pas constant dans les hématomes sous capsulaires, et l'intervalle libre pourrait exister avec une rupture complète du pédicule splénique comme dans l'observation de J. MINNE.

II - NOTIONS CLASSIQUES CONCERNANT L'EVOLUTION DES HEMATOMES COLLECTES DANS LA LOGE SPLENIQUE .

(mise à part la rupture tardive).

Dans les suites immédiates d'un traumatisme splénique, les ruptures de la rate, en dehors bien entendu des hémorragies diffusées d'emblée dans la grande cavité péritonéale, peuvent entraîner des saignements limités localement, susceptibles de réaliser deux aspects, suivant que la capsule est ou non intéressée par la déchirure :

a/ - l'hémorragie reste intra-parenchymateuse , se limitant à décoller la capsule, constituant l'hématome sous capsulaire. " Tantôt il se résorbe, laissant pour reliquat cicatriciel une tumeur fibreuse susceptible même de se calcifier ; tantôt il suppure ; surtout par rupture secondaire de la capsule, il risque d'aboutir à une inondation péritonéale." (P. GOINARD).

b/ - l'hémorragie se fait jour à l'extérieur de la rate, mais reste collectée dans la loge splénique, constituant l'hématome perisplénique " s'il y a en bas et en avant, formation d'une solide barrière, colique, surtout épiploïque, ou si des adhérences anciennes, organisées, circonscrivent une ou plusieurs poches qui s'emplissent de sang et de caillots susceptibles non de se résorber, mais, de s'enkyster ou de s'infecter, ou, le barrage étant trop précaire, de se diffuser soudain, après coup, dans la grande cavité péritonéale " .
PATEL.

1 - LA RESORPTION et ses SEQUELLES.

A - Résorption des hématomes intraspléniques

Supposons une contusion de la rate ayant entraîné un

hématome intrasplénique avec intégrité de la capsule .

1 / - Cet hématome peut évoluer vers la cicatrisation, donnant une tumeur fibreuse de la rate. Cas de ROUTIER cité par TARENTINI. La cicatrisation de la déchirure splénique entraîne la guérison définitive, mais, il faut connaître la possibilité de séquelles fibreuses adhérentielles qui peuvent, bien plus tard, par simples tiraillements après traumatisme même minime, un mouvement un peu vif, un effort de toux, de défécation, vomissements, provoquer une nouvelle déchirure. C'est là vraisemblablement l'origine de bon nombre de ruptures dites spontanées de rate saine.

Le relevé de MARSHALL, ORLOFF et PESKIN, porte sur soixante et onze cas de ruptures spontanées de rates réputées normales. En fait l'étude critique de ces observations conduit les auteurs à éliminer nombre d'entre elles car ils jugent les critères cliniques et anatomiques comme insuffisants finalement, ils ne retiennent comme HUSNI et TURELL que vingt-huit cas obéissant aux critères suivants :

1°) Un parfait interrogatoire avant ou après l'intervention à la recherche du plus minime traumatisme, ou même effort inhabituel susceptible de léser la rate.

2°) Vérifier l'absence d'adhérences de péricapsule, de cicatrice de la rate pouvant faire supposer l'existence d'un traumatisme ou d'une rupture plus ancienne.

3°) Etre certain de l'absence d'atteinte pathologique de l'organe pouvant favoriser la rupture de la rate.

4°) Absence de lésion histologique splénique.

Nous voyons combien les deux premiers de ces critères touchent de près notre étude sur l'évolution des hématomes post-traumatiques. Rappelons deux phrases :

- Une de WRIGHRT " Il n'existe pas d'identité clinique de rupture spontanée de rate normale. "

- Une de JOHNSON " Un bon interrogatoire révèle toujours une histoire de contusion ".

2 : - L'hématome intrasplénique peut se fissurer secondairement en péritoine libre, mais, avec " évolution vers la guérison sous

simple surveillance clinique soigneuse en milieu hospitalier " cas publié par le Professeur JOYEUX de Montpellier. N'ayant pas retrouvé dans la bibliographie d'autres publications du Professeur JOYEUX relative à cette malade, nous pensons que la guérison a été définitive.

B - Résorption des hématomes périsspléniques

Dans l'évolution vers la cicatrisation, il est évident que les séquelles fibreuses seront plus importantes avec adhérences aux organes voisins.

YVERGNAUX en 1964 a bien développé cette éventualité et pour lui dans les séquelles tardives d'une rupture méconnue, où l'hémostase s'est faite spontanément, le tableau peut être celui d'une occlusion (liée aux adhérences et à la polysplénie post-traumatique) ou celui de troubles respiratoires et dyspeptiques dûs aux adhérences.

L'observation de CASILE nous paraît à ce propos très intéressante. Ayant eu l'occasion d'intervenir dans un cas de rupture spontanée d'une rate à peine hypertrophiée, et histologiquement normale, l'interrogatoire du malade lui a apporté la notion d'un traumatisme violent de l'hypocondre gauche survenu quatorze mois plus tôt et qui aurait été suivi de petits signes de souffrance splénique. Si l'importance du délai de latence élimine la possibilité d'une hémorragie retardée dans le sens de la définition de QUENU, les séquelles d'un traumatisme splénique d'abord méconnu, lui paraissent tout de même expliquer le mécanisme de rupture spontanée ultérieure. .

Voici sa conclusion : " Nous espérons que l'étude histologique nous renseignerait sur le mécanisme de la rupture secondaire. Nous n'avons pu en tirer d'arguments péremptoirs. Un fait est à noter, l'hémorragie fut d'abord sous capsulaire ; elle fût également intra-parenchymateuse. Les constatations opératoires ont montré l'existence d'adhérences capsulo-pariétales. Ne peut-il y avoir eu une première rupture sous-capsulaire, peu importante, créatrice ultérieurement de ces adhérences extra-capsulaires, elles-mêmes facteur de la rupture spontanée survenue quatorze mois plus tard ? La symptomatologie présentée pendant ce long intervalle libre par notre malade, douleur de l'hypocondre gauche, gêne respiratoire, point de côté, rendraient assez bien compte de cette irritation du péritoine spléno-diaphragmatique. Que ces adhérences aient pu par la suite tirailler une rate friable et à la faveur d'une position un peu anormale du corps, comme celle qu'avait prise notre malade sur l'appui d'une fenêtre, en

provoquer la rupture, ne nous paraît pas impossible."

2 - HEMATOMES ENKYSTES DE LA LOGE SPLENIQUE.

Le seul travail important que nous ayons trouvé à ce sujet nous vient de GOINARD.

A - Hématomes enkystés guérissant spontanément

Cette évolution est probablement relativement exceptionnelle. Nous n'avons trouvé décrite aucune autre observation que les deux publiées par GOINARD, et, nous pensons intéressant de les résumer ici :

a) Un indigène, de 17 ans, tombe de deux étages, perd connaissance, puis, se plaint de douleurs de l'hypocondre gauche. Il présente des signes d'hémorragie interne, de la contracture, matité de l'hypocondre gauche. Le diagnostic, confirmé par radio, est celui d'hématome enkysté de la loge splénique. Après quelques poussées douloureuses et fébriles, tous les signes rétrocedent vers le sixième jour. L'hématome suivi sur les radiographies diminue, et, le patient sort de l'hôpital, trois semaines après l'accident.

b) Après un traumatisme violent, A. N. présente une fracture des neuvième et dixième côtes avec douleur exquise et crépitation. Les jours suivants : crachats hémoptoïques, matité de la base thoracique, élévation vespérale de la température. Peu à peu la situation s'améliore. Le traumatisé n'accuse plus qu'une douleur supportable dans l'hypocondre gauche. Une radiographie demandée par prudence avant la reprise du travail nous indique une transparence normale des plages et des culs-de-sac pleuraux, mais, révèle dans la région de l'hypocondre gauche une masse d'opacité homogène dont le contour inférieur convexe débord franchement la dernière côte et déprime fortement en hamac l'angle colique gauche rempli de gaz. On pense à un kyste hématique de la loge splénique. Un repos de vingt jours est ordonné et l'on conclut à un pronostic éloigné favorable.

B - Ces kystes pourront se calcifier s'ils évoluent favorablement et ce sera un diagnostic radiologique.

- C - Ces kystes pourront se rompre si la rate saigne à nouveau de façon importante.
- D - Ces kystes peuvent suppurer.

3 - SUPPURATION DES HEMATOMES DE LA LOGE SPLENIQUE.

Nous citerons une observation publiée par FERRAND et ROBERT d'ESHOUGUES à l'Académie de Chirurgie :

Devant une anémie fébrile, non hémolytique, avec signes sus et sous phréniques gauches, lui faisant cortège (toute hémopathie maligne ayant été écartée) ils incriminent un processus infectieux, voire suppuratif de l'hypocondre gauche. L'hypothèse d'un hématome de la loge splénique est soulevé (pas de notion de traumatisme).

" Dès l'incision, on constate que la loge splénique est occupée par un énorme hématome (500 cc. environ) en voie d'organisation : il est en partie lysé, en partie fibrineux, une poche périphérique contient du pus." (L'examen anatomo-pathologique de la rate élimine un processus pathologique).

Cette éventualité de suppuration est rare, car, si tous les auteurs sont unanimes à la citer, nous n'avons trouvé aucune autre observation mettant un abcès nettement en évidence.

En somme il y a quatre possibilités évolutives :

1° / La rupture, après un intervalle libre (plus franc en cas d'hématome sous capsulaire) d'une durée moyenne de deux à quinze jours (PATEL). On admet, mais comme exceptionnelle, la possibilité de rupture beaucoup plus tardive. Les cas rapportés en sont très rares et les descriptions anatomo-pathologiques, qu'on peut y trouver, manquent de précisions.

2° / La résorption, qui avec la cicatrisation de la déchirure splénique, entraîne la guérison définitive, mais, il faut connaître la possibilité de séquelles, fibreuses adhérentielles, qui peuvent bien plus tard, par simples tiraillements après un traumatisme même minime, provoquer une nouvelle déchirure. C'est là vraisemblablement l'origine de bon nombre de ruptures dites spontanées de la rate saine.

N O S O B S E R V A T I O N S

VOICI CES TROIS OBSERVATIONS

OBSERVATION 1.

Monsieur BI . . . , âgé de 29 ans, est admis le 8 Juin 1964, au Centre Hospitalier de Nevers, pour un syndrome abdominal aigu. En effet, il présente un état de choc manifeste avec une tension abaissée à 7, un pouls filant rapide, des pâleurs extrêmes avec les extrémités couvertes de sueurs, et tendances syncopales dès qu'il essaie de s'asseoir. L'abdomen est tendu. Il respire mal. L'interrogatoire forcément succinct ne révèle que de vagues antécédents douloureux abdominaux. Une radiographie de l'abdomen, sans préparation, ne montre pas de croissant gazeux. Ce tableau évoque un hémopéritoine. La réanimation est entreprise (Dr. N. WEILL) et on intervient (Chirurgien : Dr. FORTESA ; et Aides : M. NOLY et M. BEGON).

Compte-rendu opératoire :

Laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic ; le péritoine est tendu par un important épanchement sanguin. On essaie d'assécher la cavité abdominale, mais en vain car le flot hémorragique persiste. La tension s'effondre et on est obligé de transfuser à gros débit par trois voies différentes. A l'exploration manuelle on sent une loge splénique, aux parois épaissies et indurées, au milieu de laquelle se trouve la rate, dont on peut faire le tour à la main, mais qui n'est absolument pas extériorisable. On branche une incision oblique vers le rebord chondral qu'on entame largement de façon à bien exposer l'hypochondre gauche. On peut alors voir la rate, de dimensions normales, qui saigne en abondance. Difficilement, on arrive à lier le pédicule au ras du hile, tout contre la paroi postérieure, et à pratiquer la splénectomie. L'hémorragie cesse, on peut alors compléter la toilette péritonéale. La loge splénique est épaissie, cartonnée, quelques petits suintements se poursuivent, qu'on arrive à coaguler en grande partie, et l'on termine en mettant en place un drain de Penrose. La tension est remontée à 12, mais 21 flacons de sang, soit approximativement 8 litres ont été nécessaires.

Les suites opératoires seront sans histoire, et, l'opéré pourra sortir au dixième jour.

Examen de la pièce opératoire :

La rate est de forme et de dimensions normales. Elle ne présente pas de brèche ; la surface n'a plus cet aspect brun et lisse, mais, au contraire est cruentée comme si elle avait perdu sa capsule et que le tissu splénique s'offrait directement à la vue.

Examen microscopique (Dr. VAHL) :

" Sur une coupe exécutée en plein tissu splénique, on reconnaît la texture normale de la rate, avec ses corpuscules de Malpighi, de dimension et de nombre habituels, disséminés dans la pulpe rouge.

Par contre une coupe faite à la périphérie montre des anomalies :

- d'abord, par endroits, une condensation des tissus ;
- ensuite, on constate l'absence de capsule; au lieu d'être bordée par une couche assez épaisse de tissu conjonctif à structure lamellaire, le tissu splénique, plus précisément la pulpe rouge, affleure à la surface où elle n'est revêtue que par une mince couche de collagène, elle-même recouverte par une assise de cellules endothéliales très nettement visibles à de nombreux endroits.

La zone périphérique, proche de la surface naturelle, ressemble par ailleurs au reste du tissu splénique; il faut signaler toutefois dans cette zone la présence de microhémorragies, de quelques dépôts de pigment hématisque, ainsi que la richesse relative en leucocytes polynucléaires.

Signalons encore que la surface ne paraît interrompue par aucun vaisseau de calibre important, ni à l'examen macroscopique, ni sur la coupe histologique.

Notons enfin l'absence de toute lésion spécifique (tuberculose, etc...) ou tumorale ".

Antécédents :

Une fois Monsieur BI rétabli, une enquête approfondie sur ses antécédents nous a appris une longue histoire :

Le 22 décembre 1961, il heurte avec sa voiture un passager à niveau et sous le choc le volant se brise. Sur le moment il ne ressent rien et rentre chez lui.

Quelques jours plus tard, apparaissent des douleurs dans l'hypochondre gauche, douleurs qui vont irradier à l'épaule gauche et dans l'abdomen, et qui s'accompagnent d'un état de sub-occlusion. L'importance de ces troubles motive son hospitalisation le 27 décembre, soit 5 jours plus tard. Le malade fait si peu alors de rapprochement entre son état et le traumatisme, que ce dernier n'est même pas signalé. Parmi les nombreux examens de sang pratiqués, on ne relève qu'une leucocytose à 14.600 avec polynucléose à 96 % ; les globules rouges sont à 5.080.000. Devant le caractère diffus des douleurs abdominales, un bilan radiologique complet est demandé (thorax, abdomen sans préparation, voies biliaires, estomac). Il est entièrement négatif. La présence d'un léger sub-ictère motive d'autres recherches : pas de pigment biliaire dans les urines, bilirubine sanguine directe et indirecte normale, ainsi que l'amylasémie. Le 6.1.62, une nouvelle formule et une nouvelle numération sont demandées : globules rouges 4.180.000, globules blancs 8.400 avec 76 % de polynucléaires. Pendant quelques jours le malade a été mis sous aspiration-perfusion, les phénomènes douloureux se sont atténués lentement, et Monsieur Bi... peut sortir le 11.1.62. Il reprend son activité normale mais présente toujours une certaine sensation de gêne de l'hypochondre gauche.

En juillet 1962, au cours d'un voyage, il est hospitalisé d'urgence à Toulouse dans le service du Professeur GRIMOUD qui a bien voulu nous communiquer son observation :

" Le 14.7.62 = apparition brutale de douleurs épigastriques. Le malade est examiné une heure plus tard par le docteur HOFFMANN de GRISOLLES (T.G.) qui note un ballonnement abdominal sans contracture et une tension artérielle à 15/9. Le malade est hospitalisé quelques heures plus tard. Il présente alors des douleurs épigastriques violentes, un arrêt des matières et des gaz, un abdomen souple mais légèrement ballonné. Une radiographie de l'abdomen, sans préparation, pratiquée debout, montre l'absence de niveau liquide et d'autre lésion radiovisible. Les examens biologiques pratiqués donnent les résultats suivants : urée sanguine : 0 g, 50 ; glycémie : 1 g, 10 ; protides 70 g ; hématies : 6.150.000 et leucocytes 17.000 dont 91 % de polynucléaires ; plaquettes 230.000. Le malade est traité par aspiration gastrique et perfusion d'antispasmodiques. Le 16.7.62, le transit intestinal se rétablit tandis que les phénomènes douloureux disparaissent. Le 18.7.62, le malade sort sur sa demande pour rejoindre son domicile sans attendre des explorations plus poussées ".

Et, l'activité normale est reprise, mais, il persiste toujours

une certaine gêne de l'hypochondre gauche avec de temps en temps des crises douloureuses, irradiant vers l'épaule gauche et dans tout l'abdomen, et, s'accompagnant de ballonnement et de constipation. Ces crises durent quelques jours et disparaissent. Monsieur Bi... est alors considéré comme un digestif, un dystonique neuro-végétatif, mais le traitement reste peu efficace. Dix-huit mois passent ainsi.

Le 18.2.64, au cours d'une crise un peu plus forte, il est à nouveau hospitalisé à Nevers pendant quelques jours, mais la cause des troubles n'est toujours pas retrouvée ; simplement on peut noter à l'urographie intra-veineuse un aspect un peu étalé des calices à gauche.

Enfin le 8 juin 1964 survient l'accident aigu qui a amené notre intervention d'urgence.

OBSERVATION 2 .

Le 24 avril 1964 Monsieur Val..., âgé de 64 ans, retournait chez lui en fin de matinée après avoir effectué des travaux de jardinage lorsque brutalement il présente une violente douleur au niveau de l'hypochondre gauche. Le médecin traitant appelé d'urgence, découvre alors une volumineuse tumeur de l'hypochondre gauche, tumeur débordant la ligne médiane, accompagnée d'une légère élévation thermique et d'un certain degré de défense pariétale (lors d'un examen pratiqué par le même médecin trois à quatre mois auparavant, rien n'avait été remarqué). Le malade est alors adressé en Chirurgie.

L'examen clinique complet n'apporte aucun autre renseignement : l'urée est normale ; il y a 4.800.000 globules rouges ; 6.200 globules blancs avec 70 % de polynucléaires ; l'hématocrite est à 45 % ; la valeur globulaire à 0,97. On décide d'intervenir rapidement.

Compte-rendu opératoire :

Le 27 avril 1964 : médiane sus-ombilicale ; on tombe sur un énorme kyste contenant près de 2 litres de liquide hématique noirâtre, mêlé à des caillots frais. Après évacuation, on est en présence d'une vaste poche inter-hépatogastro-spléno-phrénique, aux parois très épaissies, inclivables, constituées par les parois des organes voisins. Cette gangue inflammatoire, réactionnelle, très dure, est manifestement fort ancienne. La surface de cette poche est cruentée et hémorragique, et plus particulièrement au

niveau de son fond qui est constitué par la face interne, pédiculaire, de la rate. Splénectomie. La rate est de dimensions normales. Sa face circonférencielle, qui ne participait pas à la constitution de la poche hématique, est d'aspect normal. A la coupe le tissu splénique est d'apparence normale.

On referme en laissant en place deux larges mèches, car toute la poche saigne de façon diffuse. Il persiste une vaste cavité : à deux reprises une rétention purulente devra être évacuée. L'altération de l'état général est importante, avec gros amaigrissement et anémie qu'on doit compenser. Finalement, au bout de trois mois, la poche se colmate et la guérison définitive est obtenue.

Antécédents :

Entre temps une recherche approfondie dans les antécédents nous permet de retrouver les faits suivants :

Le 21 mars 1962, soit 25 mois auparavant, à la suite d'une chute d'une échelle (2 m. environ), Monsieur Val... est admis au Centre Hospitalier de Nevers où l'on découvre et réduit une luxation de l'épaule gauche. A ce moment-là rien d'autre n'est signalé, et, le blessé peut sortir trois jours après. Puis, progressivement apparaît une douleur de l'hypochondre gauche avec gêne respiratoire et toux sèche. Les douleurs scapulaires gauches persistent. Le 24 mai 1962, soit deux mois après le traumatisme, il est à nouveau hospitalisé mais cette fois dans le service de phtisiologie. Les examens pratiqués alors révèlent : vitesse de sédimentation = 1ère heure 83 mm, 2ème heure 117 mm ; crachats = absence de B.K. après homogénéisation et culture sur Loewenstein négative ; globules rouges = 3.800.000 ; globules blancs = 6.500

Une radiographie de la base pulmonaire gauche ne révèle pas de séquelle de fracture de côte, mais, montre que la coupole diaphragmatique est surélevée et que le cul-de-sac est effacé. (A posteriori, on y distingue aussi un abaissement de l'angle collique gauche et une opacité homogène de l'aire splénique).

Une lame de liquide pleural est ponctionnée : Rivalta +++ ; absence de cellule néoplasique ; absence de germe. Progressivement les manifestations cliniques s'atténuent et un mois plus tard, le taux de globules rouges est remonté à 4.700.000 ; les globules blancs sont à 9.000 ; la vitesse de sédimentation s'est presque normalisée à 18 mm. à la 1ère heure. On pense qu'il s'agissait de

séquelles d'un petit hémothorax traumatique et le malade est autorisé à quitter l'hôpital.

Mais, il persiste toujours une gêne plus ou moins douloureuse de l'hypochondre gauche. Il est considéré comme un colitique par son médecin traitant jusqu'au 24 Avril 1964, date à laquelle la tumeur de l'hypochondre gauche est constatée.

OBSERVATION 3.

Madame FER ..., 77 ans, vient consulter le 15 septembre 1964 car elle se plaint de douleurs de l'hypochondre gauche, accompagnées d'une certaine gêne respiratoire. On découvre alors une grosse tumeur sous-costale gauche, descendant jusqu'au niveau de l'ombilic ; arrondie à son extrémité inférieure, de la taille d'un gros melon, très antérieure, faisant saillie sous la paroi, mais donnant aussi par son volume un important contact lombaire. Cette tumeur est peu sensible à la palpation. Les examens d'urines, les examens de sang (formule, numération, vitesse de sédimentation, urée, glycémie) sont normaux. L'urographie intraveineuse montre à gauche une sécrétion rénale perturbée, mais, avec des contours rénaux normaux, bref, une image qui est plutôt en faveur d'une compression extrinsèque. Au lavement baryté, on note un refoulement important de l'angle colique gauche. Le diagnostic d'une tumeur splénique est évoqué. L'intervention est proposée. La malade, d'abord réticente en raison de son âge, finit par l'accepter d'autant que la gêne douloureuse est de plus en plus marquée.

Compte - rendu opératoire :

Le 20 - 10 - 64, incision antéro-latérale gauche oblique, partant de l'ombilic et remontant sur la onzième côte, qui est réséquée, sans ouvrir la plèvre. Après libération de l'angle gauche du côlon, on découvre un énorme kyste hématique (environ 2 litres) appendu à la face inférieure et interne de la rate dont il est indissociable. Par contre, il est entouré d'une mince paroi qui ressemble à une capsule splénique progressivement distendue et épaissie. On peut facilement dissocier ce kyste des organes voisins, en particulier de l'estomac et du rein, mais on est obligé de sectionner la queue du pancréas auquel il est étroitement adhérent afin de ligaturer le pédicule splénique, et, l'on enlève la rate

avec le kyste qui la continue. La paroi est refermée sur un drain de Redon dans l'hypochondre gauche. Les suites opératoires seront simples.

Examen de la pièce opératoire :

La rate est de dimensions normales, le tissu splénique à la coupe est aussi d'apparence normale, sa surface se continue directement avec celle du kyste. A l'ouverture le kyste contient du liquide séro-hématique mêlé à des caillots à demi-lysés. Au fond du kyste se trouve la face inférieure décapsulée de la rate. Il s'agit donc d'un hématome sous capsulaire, volumineux et constitué uniquement aux dépens de la capsule de la moitié inférieure de la rate.

Devant ces constatations opératoires, nous avons poussé l'interrogatoire de la malade et de son entourage à la recherche d'un antécédent traumatique, et nous avons pu retrouver en Mai 1963, soit 5 mois auparavant, une chute brutale dans les escaliers, chute sur le flanc gauche, qui s'est accompagnée d'une douleur syncopale.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

1 - ANCIENNETE DU PROCESSUS ET ORIGINE TRAUMATIQUE LOINTAINE CERTAINE .

Voici donc trois observations de complications très tardives de traumatismes de la rate liées à la persistance d'un épanchement sanguin collecté dans la loge splénique.

En effet, le caractère des lésions anatomo-pathologiques traduit l'ancienneté du processus et leur origine traumatique lointaine ne semble faire aucun doute, bien que nous n'ayons pu l'établir qu'après une enquête approfondie.

a) On a pu retrouver un traumatisme nettement marqué:

- Accident de voiture avec volant brisé (Obs. 1) ;
- Chute de 2 m. sur le côté gauche, objectivée par la luxation de l'épaule (Obs. 2) ;
- Chute dans les escaliers sur le flanc gauche avec douleur syncopale (Obs. 3).

b) On a pu retrouver les premières manifestations cliniques peu de temps après le traumatisme .

- dans l'observation 1 : l'hospitalisation a lieu 5 jours après, pour des douleurs de l'hypochondre gauche irradiant vers l'épaule gauche et vers l'abdomen, accompagnées d'un état de sub-occlusion fébrile.
- dans l'observation 2, nous possédons un document radiologique qui montre, deux mois après l'accident, un diaphragme surélevé, un angle colique gauche abaissé, et une opacité homogène correspondant à l'aire splénique et que l'on peut attribuer, à postériori, à un hématome enkysté.
- dans l'observation 3, nous ne possédons pas de document objectif et seules les affirmations de la malade font remonter à la chute dans les escaliers l'origine des troubles présentés dans l'hypochondre gauche.

2 - EVOLUTION DES HEMATOMES DANS NOS OBSERVATIONS :

- 1° - Hématome sous capsulaire de l'observation 1 :

L'hématome a décollé la capsule sur toute l'étendue de la surface diaphragmatique de la rate. Les éléments voisins réagissent en constituant tout autour une gangue inflammatoire. La poche est de dimensions relativement modestes (2 fois le volume de la rate). Au cours de la longue évolution, il n'y a eu aucune tendance à la résorption, mais au contraire il y a eu à plusieurs reprises de nouvelles hémorragies qui l'ont entretenue. De temps en temps, la paroi de cet hématome se fissure, vraisemblablement sous l'effet de mouvements respiratoires ou de mouvements du tronc, ou de mouvements des organes digestifs (côlon, estomac). Du sang se répand alors dans la grande cavité péritonéale provoquant des crises de sub-occlusion sub-fébrile, crises d'une intensité telle parfois que le malade doit être hospitalisé ; et puis, au bout de 30 mois, c'est la rupture avec hémorragie cataclysmique intra-péritonéale.

Lors de l'intervention, nous n'avons pas retrouvé de déchirure au niveau de la rate, mais, toute la surface décapsulée saignait en nappe. Il semble donc que sans capsule, au niveau de cette surface splénique, l'hémostase se faisait de façon très précaire .

- 2° - Hématome sous capsulaire de l'observation 3 :

cet hématome n'a décollé qu'une partie de la capsule splénique, mais, a cependant constitué un énorme kyste appendu à la rate, qui s'est facilement clivé des organes voisins. Cette capsule distendue constituant une coque relativement solide et autour de laquelle la réaction inflammatoire des organes voisins était peu accusée. Là le tableau clinique était constitué essentiellement par une volumineuse tumeur de l'hypochondre gauche n'entraînant de troubles que par l'importance de son volume.

- 3° - Hématome périsplénique de l'observation 2 :

il y a constitution de l'hématome périsplénique. Les organes

voisins, directement en contact avec le sang, réagissent en constituant une gangue inflammatoire extrêmement épaisse. Ces parois épaisses, inflammatoires, gênent le jeu des organes voisins : le jeu du diaphragme, provoquant une certaine gêne respiratoire ; le jeu de l'estomac et du côlon, provoquant des troubles digestifs.

Là non plus il n'y a pas de résorption. L'enkystement se constitue, vraisemblablement entretenu par de petites hémorragies intra-kystiques qui accroissent aussi le volume de la poche, puis brusquement, au bout de 25 mois, après des efforts relativement importants (piochage) se produit une hémorragie plus importante. Ces hémorragies ont pû d'ailleurs provenir soit de la rate elle-même, soit des parois de la poche, parois constituées par des organes très richement vascularisés (épiploon, côlon, estomac, pancréas).

Ici donc il y a constitution d'une vaste poche aux parois très épaisses, cruentées, et saignantes. La rate participe à la constitution de cette paroi par sa face interne, pédiculaire. On n'y retrouve pas de brèche, mais sa surface est, comme le reste et même un peu plus, cruentée et saignante.

Abstract

Voici donc les quelques éléments que nous pouvons apporter concernant les possibilités évolutives lointaines des hématomes collectés dans la loge splénique après traumatisme de la rate.

1°) SUR LE PLAN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Il se produit une gangue inflammatoire réactionnelle de périsplénite paraissant beaucoup plus importante dans les épanchements périspléniques que dans les épanchements sous capsulaires. Elle est inclivable, et peut atteindre un degré tel que peut se poser le délicat problème d'une grande cavité résiduelle hémorragique et vouée à l'infection. A l'intérieur de la poche on trouve un liquide hématique noirâtre mêlé à des caillots plus ou moins lysés, bref, des éléments sanguins d'âges différents.

2°) SUR LE PLAN PHYSIO-PATHOLOGIQUE :

a) Cette gangue inflammatoire gêne le fonctionnement des organes voisins (estomac, côlon, diaphragme).

b) Cette gangue est entretenue par de nouvelles poussées hémorragiques et cela seul peut expliquer la non résorption, à la longue, de l'épanchement.

c) Ces hémorragies peuvent rester dans la loge et en accroître le volume de façon considérable ; elles peuvent aussi s'infiltrer dans la grande cavité péritonéale en petites quantités ou massivement.

d) Ces hémorragies proviennent essentiellement de la surface splénique, surface qui participe à la constitution des parois de la loge. Une toux, un mouvement du tronc, une modification de la réplétion gastrique, peuvent les déclencher.

3°) SUR LE PLAN CLINIQUE, IL FAUT DISTINGUER :

a) Une longue phase de latence relative lorsque l'hématome reste encore d'un volume modéré. La symptomatologie est essentiellement digestive : aérophagie, aérocolie, douleurs de type colitique. De temps en temps surviennent des crises douloureuses

plus fortes correspondant à des poussées hémorragiques pouvant même réaliser des tableaux de sub-occlusion sub-fébriles que SUIRE a déjà mis en évidence, quand l'épanchement intra-abdominal atteint un certain volume.

Ces pseudo-digestifs réagissent mal à la thérapeutique habituelle. Le diagnostic pourrait être évoqué :

1 - devant l'existence de signes focaux, avec conservation de l'état général :

- a) maximum des douleurs dans l'hypochondre gauche.
- b) interrogatoire fouillé à la recherche d'antécédents traumatiques même lointains ;
- c) mais surtout par la découverte d'une masse tumorale dans la loge splénique : augmentation à la percussion de l'aire de matité splénique.

2 - Masse tumorale confirmée radiologiquement

Pour nous les signes les plus constants semblent être :

- surélévation et diminution de la mobilité de la coupole diaphragmatique,
- opacité plus grande de l'aire splénique,
- abaissement de l'angle colique gauche,
- refoulement de la grande courbure gastrique,
- intégrité de l'appareil rénal gauche, mais avec possibilité d'image de compression.

Mais si les renseignements que nous fournit la radiologie sont d'un grand secours, il ne faut pas s'attendre à trouver les divers signes réunis dans une même observation. Nous insisterons spécialement sur l'importance en cas de doute, de la répétition des examens radiologiques les jours suivants, de la confrontation clinique des nouveaux clichés avec les premiers et si possible avec d'anciens clichés éventuellement en la possession du malade. Ainsi dans notre observation N° 2, la rupture cataclysmique du kyste hématique aurait pu être évitée si on avait eu l'attention attirée par l'élargissement de l'ombre splénique sur les clichés pulmonaires.

3 - A ces signes focaux, il faut adjoindre une N. F. pour retrouver une éventuelle anémie, ou une leucocytose avec polynucléose.

b) les complications cliniquement révélatrices

Vu le 23 Mai 1966
Le Président du Jury de Thèse
H . GERMAIN

Vu le 24 Mai 1966
p. Le Doyen
L' Assesseur
M. COULET

Vu et Permis d'Imprimer
N° 40 / 66
Clermont-Ferrand, le 26 Mai 1966
Le Recteur
Président du Conseil de l'Université
E . LAPALUS

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - AARON E. A. - Contribution à l'étude clinique des hémorragies retardées dans les traumatismes de la rate.
THESE : PARIS, 1941, N° 316.
- 2 - ATTENBOROUGH C. G. - Rupture à retardement de la rate : relation de 2 cas.
BRIT. MED. J., 14 Février 1953, N°4806, 380.
- 3 - BAILEY H. A. et SCHREIBER S. L. - Rupture différée de la rate .
Relation d'un cas.
AM. J. SURG., Octobre 1944, 66, N° 1, 4.
- 4 - BARILLOT J. J. - Réflexions anatomo-cliniques au sujet des ruptures secondaires de la rate. La valeur de l'hématome sous capsulaire.
THESE : BORDEAUX, 1955, N° 12.
- 5 - BASTIEN. - Rupture spontanée ancienne et méconnue de la rate.
LILLE CHIRURGICAL, t. 8 - N° 3 -mai - juin 1953.
- 6 - BELL H. et STEELE G. H. - Rupture retardée de la rate.
LANCET, 6 Mai 1944, 598 - 599.
- 7 - BOLLINGER J. A. et FOWLE E. F. - La rupture traumatique de la rate, en particulier la rupture tardive.
AM. J. SURG. AV. 1956, 91, N° 4, 561 - 570.
- 8 - BRODMAN - BAUTISTA. - Spontaneous rupture of the normal spleen.
ARCH. SURG. 78, 406 - 409, 1959.
- 9 - BROSIG G. - Le diagnostic de rupture de la rate en un et en deux temps.
ZBL. CHIR. 19 Mars 1960 - 85, N° 12, 484 - 487.
- 10 - BUNN L. - Contribution clinique à la rupture de la rate en deux temps.
ZBL. CHIR. 1953, 78, N° 51, 2145 - 2148.
- 11 - CACHIN. - L'intervalle libre dans les contusions de la rate.
THESE : PARIS, 1937.

- 12 - CASILE M. - Rupture apparemment spontanée de la rate quatorze mois après un traumatisme violent de l'hypochondre gauche.
BULL. SOC. PATH. EXOT. 1953, 46, N°3, 481-497.
- 13 - CHALNOT - VICHARD - MATHIEU . - Signes, diagnostic et traitements des ruptures traumatiques de la rate.
REV. du PRATICIEN, 13, N° 22, 1963.
- 14 - CHELIER. - Sur les ruptures traumatiques de la rate.
LYON CHIRURG., 1945.
- 15 - CHEVALIER et Jean BERNARD . - Les ruptures spontanées de rate saine.
LE SANG : 1944, 16, N° 1.
- 16 - COMITI. - Rupture spontanée de la rate.
MARSEILLE CHIRURGICAL : Année 12, N°8, Mai - Juin 1960.
- 17 - CORTESI et FERRARI. - La rupture traumatique de la rate en deux temps.
CHIR. 18, 1 - 14, 1962.
- 18 - COURTYL et CARLIER. - Hémorragie interne par rupture d'un hématome sous-capsulaire de la rate.
SOC. de MED. LILLE : 13 Mai 1953.
- 19 - COYLE J.A. - KLIMAN A. et SMITH M.K. - Hémorragie différée après rupture traumatique de la rate.
NEW-YORK STATE J. MED., 15 mai 1950, 50, N°10, 1264 (Bibliogr.).
- 20 - CROSTA. - Il quadro radiologico delle fratture di Milza.
MIN. MED., 165, 1958.
- 21 - CURTILLET E. - L'image radiographique dans les ruptures de la rate en deux temps.
AFRIQUE FRANC. CHIR., Janvier-Février 1949 , N° 1 - 2, 36 - 37.
- 22 - DACHAU. - Rupture traumatique de la rate.
POL. SEZ. PRAT., 1957.
- 23 - DAVIS G.W. - WEBB H.W. et HOWARD J.M. - Observations expérimentales sur la rupture tardive et l'hémorragie secondaire de la rate.
ARCH. SURG., Juil. 1957, 75, N° 1, 9-12, 2 fig.

- 24 - DELANNOY et QUENU. - Rupture traumatique de la rate avec hémorragie retardée.
ACAD. de CHIR. , 22 Février 1939, 279.
- 25 - DEMIRLEAU. - Rupture spontanée : un cas.
LA TUNISIE MEDICALE. TUNIS, ANNEE 37, N° 5 ,
Mai 1959.
- 26 - DENNEBY - LAMPHIER et Coll. - Rupture traumatique de la
rate. - 83 cas.
THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY.
NEW-YORK-VOL. 102, N° 1. - Juillet 1961.
- 27 - DESJACQUES. - LYON CHIRURG. Novembre - Décembre 1964.
- 28 - DEVORS et Coll. - Rupture secondaire post-traumatique : splénectomie suivie d'hyperthermie.
SOCIETE de CHIRURGIE de LYON.
- 29 - DONHAUSER et LOKE D.J. - Rupture de la rate.
ARCH. OF SURG. VOL. 80, N°6, Juin 1960, p. 1013-1018.
- 30 - ENGELMANN et HITZLER. - Brun's Beitr.
KLIN. CHIR. 146, 1929, 605.
- 31 - FERNANDEZ de la CRUZ A.G. - Ruptures de la rate en deux temps par traumatisme fermé avec hémorragie secondaire tardive et apparition d'altération hépatique après la splénectomie.
REV. CLIN. ESPAN., 15 Sept. 1951, 42 , N° 5 ,
336 - 338, 1 fig.
- 32 - FERRAND - Robert d'ESTTONGES - BARSOTTI - STREIT. - Rupture spontanée d'une rate " apparemment " normale.
MEM. ACAD. CHIR. , 1959, T. 85, N° 6-7, 188-191.
- 33 - FERRARI (de) et G. PETTINELLI. - L'image radiologique de contraste dans les ruptures traumatiques aiguës de la rate. - A propos de 36 cas.
L'OSPEDALE MAGGIORE, Mars 1963, 63° année,
N° 3, p. 259.
- 34 - FEY D.W. - Rupture traumatique d'une rate normale avec hémorragie différée . Relation d'un cas.
AM. J . SURG. , Août 1941, 363 - 366.
- 35 - FICHRER. - A propos d'une rupture spontanée de la rate.
L'OUEST MEDICAL, 10 Juillet 1962, N° 13.

- 36 - FISCHER et WOLF. - Résultats de l'application clinique de la scintigraphie de la rate dans 500 cas : possibilités et limites.
MEDICAL RADIOISOTOPE SCANNING, Vol. II.
(Proceedings of the symposium on medical radioisotope scanning held by the international atomic energy agency in athens, 20-24 April 1964).
- 37 - FONTAINE René et KIENG René. - L'intérêt de l'artériographie sélective dans les traumatismes fermes du rein et de la rate.
MEMOIRES ACADEMIE DE CHIRURGIE. TOME 91.
- 38 - L. FORTESA, A. SOULIER, J. FANJOUX, M. BEGON. - Complications très tardives des hématomes traumatiques d'origine splénique.
A propos de trois cas observés respectivement 30 mois, 25 mois et 5 mois après le traumatisme initial.
ANN. de CHIRURGIE 1965, Vol. 19, n° 21-22, 1401-1405.
- 39 - GALLUS, BROMBART, SCHOLLAERT, VAN LERBERGHE. - Diagnostic radiologique d'une augmentation de volume de la rate.
ACTA GASTRO-ENTERO. BELG., 22, 12, 609-625, 1959.
- 40 - GAUM et Collaborateurs. - Rupture de la rate : 11 cas.
THE CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL (TORONTO), Vol. 78, N° 3, 1er Février 1958.
- 41 - GENTAZ R. - Rupture spontanée de la rate forme angineuse.
THESE PARIS 1957, N° 749.
- 42 - GILLIS P. - Rupture retardée de la rate.
LANCET, 23 Déc. 1944, 822-823.
- 43 - GIMLATTI J.F.M. et MOLINARI. - La pressa Medica Argentina.
Buenos Aires., Vol 46, N° 30, 24 Juillet 1960.
- 44 - GOINARD, VIALLET, et MARCHIONI R. - Hématomes traumatiques enkystés de la loge splénique.
Bull. et Mém. Soc. de Radio Méd. de France, 25, 156 - 158, Février 1937.
- 45 - GRISCELLI. - Ruptures camouflées de la rate.
RECUEIL PERIODIQUE E.M.C. URGENCES, N°41-42, 2 - SEPTEMBRE 1965.

- 46 - GROSS P. - Diagnostic et traitement de la rupture de la rate avec considération particulière de la rupture en deux temps.
ZBL. CHIR. , 3 juin 1961, 86, N° 22, 1339 -1346.
- 47 - GUELETTE. - Sur la rupture de la rate en deux temps.
ZENTRALBLATT für CHIRUR. , 1953, 78, N° 51 ,
2145 - 2148.
PRESSE MEDICALE : 1954, 62, 1025.
- 48 - HERTEL (Fulda). - Rupture spontanée avec hémorragie en deux temps, 19 cas connus.
ZENTRALBLATT für CHIR. , Vol. 81, N°18, 1956.
- 49 - HOHEN - WALLUER. - Sur un cas de rupture traumatique de la rate, en deux temps.
ZENT. für CHIR. , T. 65, N° 35 - Août 1938.
- 50 - HUSNI - TURREL. - Rupture of the spleen.
ARCH. SURG. , 83, 2, 286, 1961.
- 51 - INGELRANS - DEBURGNY - PROGE. - Contusion de la rate chez l'enfant. A propos de 19 observations.
LILLE CHIR. , T. 20, N° 1-3, 149, Juin 1965.
- 52 - IUNG O. - CAMMACK et Coll. - Les ruptures de rate.
THE AMER. JOUR. OF SURG. (NEW-YORK)
Vol. 101, N° 3, Mars 1961.
- 53 - JAMMET H.R. - GONGORA G. - BILSKI - PASQUIER G.
DUHAMEL G. et MARCHAL G. - L'autogammagraphe splénique.
SEM. HOP. PARIS 1962, 38, 1047.
- 54 - JOHNSON A.E. - Rupture post traumatique très tardive de la rate.
BRIT. J. SURG. , Sept. 1962, 50, N° 220.
- 55 - JOHNSON P.M. - HERION J.C. and MOORING S.L. - Splenic Scintillation Scanning.
AM. J. ROENTGOL. , 86, 757 - 767, 1961.
(Hématies marquées au Cr. 51 et sensibilisées - Hé-
maties revêtues d'anticorps anti-D incomplets).
- 56 - JOHNSON P.M. and HERION J.C. - Technical considerations in scintillation scanning of the human spleen.
RADIOLOGY. , 1961, 74, 438.
- 57 - JOYEUX R.S. - Sur les indications opératoires des ruptures traumatiques de la rate dite retardées.
MONTPELLIER CHIR. , 1959, N° 17 .

- 58 - KALHI J. - Les pseudo kystes, hémorragies, post-traumatiques.
THESE : PARIS, 1963, 605.
- 59 - KALLIUS. - MED.KLIN., 38, 1942, 125.
- 60 - KITTREDGE - FINBYN. - Intrapulmonary effusion in traumatic rupture of the spleen.
AMER. J. ROENTGENOL., 890 - 895, 1964.
- 61 - KLEIN H. - Sur l'interprétation des ruptures de la rate, en particulier des ruptures tardives post-traumatiques.
MED. KLIN., 7 Juil. 1944, 40, N° 27 - 28.
- 62 - KLING et PAWLUSK. - Autotransplantation du tissu splénique à la suite d'une rupture de la rate.
CANADIAN JOURNAL OF SURGERY.
Vol. 5, N° 2, Avril 1962.
- 63 - KNEISE G. - L'hémorragie tardive de la rate après traumatisme abdominal contondant.
CHIRURG., Août 1949, 20, N° 8.
- 64 - KUHNE E. - Contribution à un cas de rupture en deux temps de la rate.
ZBL. CHIR., 20 Juil. 1957, 82, N° 29.
- 65 - KULUNESICH J. - Les ruptures de la rate.
ZENTRALBLATT für CHIRURGIE (LIEPZIG).
Année 86, N° 13, 1er Avril 61.
- 66 - LACQUET L.K. - LACQUET A.M. - Lever en miltetsels bij stompe buiktraumata.
TSCHR. V. GASTROENTERO., 72, 154-166, 1964.
- 67 - LAFERRE - ARROU et VIGNOD. - Rupture post traumatique très tardive de la rate.
MARA. MED., Août 1960, N° 423 - 850.
- 68 - LAHAM J. - Rupture traumatique de la rate.
INTER. EXT. Mai 1947.
- 69 - LAPORTE F. - Rupture de la rate avec intervalle libre.
J. MED. BORDEAUX., Février 1946, N° 3 - 4.
- 70 - LAVACHE - BEBBENOIT - J.P. MAY. - A propos d'une observation de faux kyste hématique de la rate.
LILLE CHIR., T. XIX, N° 5, Sept-Oct. 1964.
- 71 - LAVAL. - Rupture de la rate et ses complications.
MEDICAL QUEBEC., Vol. 21, N° 7, Sept. 1956.

- 72 - LEGER - HEUZE et GUYET P. - Réflexions sur une série de 60 splénectomies.
JOURNAL de CHIRUR. , T. 76, N°4, Novembre 1958.
- 73 - LEGER - HEUZE et DURANTEAU. - Rupture spontanée de la rate. A propos de deux observations.
LA PRESSE MEDIC. , 11 juin 1958, 66, N°46.
- 74 - MAUGHON et LENHARDT. - Les traumatismes de la rate.
SURGERY St. LOUIS. , Vol. 49, N°4, Avril 1961.
- 75 - MEUNIER J. - Méfiez-vous des A.T. même en pneumologie.
CONCOURS MEDICAL, 23 Mai 1964.
- 76 - MINNE. - SOC. de CHIRUR. de LILLE : 12 Avril 1946.
- 77 - MOLINARI. - Rupture de la rate, 27 cas opérés.
LA PRESSA MEDICA ARGENTINA (BUENOS AIRES),
Vol. 46, N° 30, 24 Juil. 1960.
- 78 - MONDANI - Observations de 18 cas de ruptures de la rate.
RASS. ITAL. CHIR. MED. 8, 831, 1959.
- 79 - MONDOR. - Diagnostics Urgents. Abdomen.
MASSON et Cie.
- 80 - MONDOR et OLIVIER. - L'hémopéritoine spontané chez l'homme.
JOURNAL de CHIRURGIE. , T. 53, N° 1, Janvier 1939.
- 81 - O'BRIEN et FYSHE. - 41 cas de rupture de la rate.
CANADIAN JOURNAL OF SURGERY (TORONTO)
Vol. 4, N° 4, Juillet 1961.
- 82 - ORLOFF et PESKIN W. - Rupture spontanée de rate normale.
INTER. ABSTRACTS OF SURG. , Janv. 1958, 106, N°1.
IN SURG. GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. Janvier
1958, 106, N° 1.
- 83 - PATEL. - Chirurgie de la rate.
MASSON EDIT. - PARIS 1955.
- 84 - PERL - DARTER et Coll. - Rupture spontanée de la rate.
THE JOURNAL OF INTERN. COLL. OF SURGEONS.
Vol. 30, N° 4, Oct. 1958.
- 85 - PIRANI. - Ruptures spontanées et traumatiques de la rate.
MINERVA MEDICA. TURIN. Vol. 51, N°99, Déce. 1960.
- 86 - POLIEZER. - Hémorragies spléniques en deux temps.
GASTROANTEROLOGIA, 1948, 73, N°1-2, 30 - 44.

- 87 - QUENU. - Diagnostic et traitement des ruptures traumatiques de la rate avec hémorragies en péritoine libre.
PARIS - MASSON, 1926.
- 88 - RAREI B. et KLEIN. - A propos de la rupture tardive de la rate.
CHIRURGIE. 15 Oct. 1942, 14, N° 20, 628 - 637.
- 89 - SCHAMAUN M. - La rupture traumatique de la rate en 2 temps.
HELVETICA CHIRURGICA ACTA. (BALE) .
Déc. 1962, Vol. 29, Fasc. 6.
- 90 - SCHECHTER. - Cuthbert owenw. Kystes hémorragiques de la rate.
ANN. J. OF SURG., 104, 5, 77 - 784, 1962.
- 91 - SIFFRE et Coll. - Rupture traumatique avec hémorragie retardée
43 jours après un traumatisme.
BUL. et MEMOIRES de la Sté. de CHIR. de PARIS.
Tome 46, N° 9, 6 Juillet 1956.
- 92 - SIMON GC. - A propos de la radiographie dans les ruptures de la rate.
PRESSE MEDICALE, 62, 71, 1487, 1954.
- 93 - SPANDONARI. - Rupture traumatique de la rate en 2 temps.
INF. MED., 14, 579, 1959.
- 94 - STAJANOC. - Idées directrices physiologiques dans l'interprétation clinico diagnostique des traumatismes de la rate.
ACADEMIE de CHIRURGIE : 14 Mai 1952.
- 95 - SUIRE P. - Réflexions anatomo cliniques au sujet des ruptures secondaires de la rate, la valeur de l'hématome sous capsulaire.
J. INT. COLL. SURG., Mai 1955, 23, N° 5, 633-639.
(Biblio. + texte français).
- 96 - SUIRE P. - LAFFITTE H. et GORDFI. - Réflexions anatomo - cliniques au sujet des ruptures secondaires de la rate. La valeur de l'hématome sous capsulaire.
MEM. ACAD. CHIR., 26 janv. - 2 fév. 1955, 81, N° 4 - 5, 162 - 168.
- 97 - TAGART R. E. B. - Rupture de la rate.
THE BRITISH JOURNAL OF SURGERY (LONDRES).
Vol. 43, N° 179, Nov. 1955.
- 98 - TARANTINI A. - La rupture de la rate en deux temps.
MINERVA CHIR., 15 Janv. 1964, 19, N° 1, 36 - 40 (Biblio.).
- 99 - TERNON Y. - Le traumatisme et son effet.
REV. PRATICIEN, 13, 22, 2653 - 2662, 1963.

- $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	P. 1
<u>REVUE DE LA LITTERATURE</u> concernant la place des accidents tardifs dans les traumatismes spléniques	P. 3
<u>I - RUPTURE EN DEUX TEMPS</u>	P. 5
1 - <u>Statistique</u> sur la durée de l'accalmie et délais les plus longs qui ont été publiés.	
2 - <u>Symptomatologie</u>	P. 6
a)- La forme clinique type ou la forme suraiguë.	
- au décours d'un trauma violent ,	
- au décours d'un trauma minime ou d'un choc par contre-coup ,	
- au décours de l'évolution des polytraumatisés.	
b)- Symptomatologie de la rupture tardive ou en deux temps.	
- trois phases	
- symptomatologie de l'intervalle libre	
. Signes classiques	
. Etats insidieux	
. Angor viscéral	
. Tableaux cliniques trompeurs.	
- valeur et interprétation de la radio, de l'angiographie, de la scintigraphie, du laboratoire.	
3 - <u>Anatomopathologie</u>	P. 16
4 - <u>Anatomoclinique</u>	P. 18
5 - <u>Etiopathologie</u>	P. 19
- chez l'enfant	
- fragilité des rates pathologiques	
 <u>II - NOTIONS CLASSIQUES CONCERNANT L'EVOLUTION DES HÉMATOMES COLLECTES DANS LA LOGE SPLENIQUE .</u> (mise à part la rupture tardive)	 P. 21
1 - La résorption et ses séquelles .	
a) - résorption des hématomes intraspléniques	
- cicatrisation	
- rupture	
b) - résorption des hématomes pérисpléniques	

